

UTPROVNINGSPROTOKOLL/RISKBEDÖMNING

Manuell förflyttning

Förflyttningen avser: _____ Datum: _____

Förflyttning: _____

Antal tillfällen per dygn: _____

Mobilitetsgrad enligt arbetsmiljöverket, Tilthermometer:



God

Vårdtagare är självständig, behöver lite eller ingen hjälp vid förflyttning eller ADL.



Begränsad/Måttlig

Vårdtagare har nedsatt funktionsförmåga, behöver assistans med ADL.



Starkt nedsatt

Vårdtagare har svårt att hjälpa till, är beroende av hjälp med ADL.

Förflyttningsstatus:

Patientens förmågor/begränsningar av betydelse i förflyttningen

Hjälpmedel:

Följande hjälpmedel rekommenderas som stöd i förflyttningen och ska användas i förflyttningen på följande sätt.

Förflyttningen rekommenderas gå till på följande sätt:

Beskrivning baserat på patientens medverkan

Antal hjälpare och arbetsfördelning dem emellan:

Förflyttningen beräknas ta ca: _____ minuter

Tid på dygnet så bedömningen utförts: Morgon Middag Kväll Natt

Platsbehov –
hjälpmedlets golvyta inklusive vårdpersonalens arbetsyta runt hjälpmedlet: ____ cm x ____ cm

Risker för personal:



Beskriv personalens risker:

Åtgärder vid risk/hög risk

- Utbildning:** använd kunskapsprofil i förflyttningskunskap
- Riskbedömning:** använd t. ex. Arbetsmiljöverkets checklista PTAI

Risker för patient:



Beskriv patientens risker:
